**就学前ＣＡＰプログラム　実施依頼書**

◆下記の各欄に必要事項をご記入の上、**ＳＡＰ子どもサポートセンター事務局（ウィメンズ**

**センター大阪内）**までご返信ください。　　E-mail：[wco@wco-net.jp](mailto:wco@wco-net.jp)　FAX：06-6632-7012

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 園名 | |  | | | | | | |
| 所在地 | | 住所 | | 〒 | | | | |
| ＴＥＬ（　　　　）　　　　　　　　・ＦＡＸ（　　　　） | | | | | | |
| 担当者 | | ＊いずれかに〇をお付けください。  園長　・　主任　・　他(　　　　　) | | | | | | |
| ＰＴＡ  （保護者）  窓口担当者  おられる場合のみご記入ください | | 氏名 | |  | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | |
| ＴＥＬ（　　　　）　　　　　　　　・ＦＡＸ（　　　　） | | | | | | |
| ◆子どもワークショップを実施するためには、**事前に教職員・保護者の各ワークショップが必要です**。  ◆子どもワークショップの所要時間は約４５分です。 | | | | | | | | |
| おとなワ｜クショップ | 内　容 | | 第１希望 | | | | 第２希望 | |
| 教職員向け  所要時間  約２時間 | | 月　　　　日（　　　）  　　　時　　　分　～　約２時間 | | | | 月　　　　日（　　　）  　　　時　　　分　～　約２時間 | |
| 保護者向け  所用時間  ２時間 | | 月　　　　日（　　　）  　　　時　　　分　～　　２時間 | | | | 月　　　　日（　　　）  　　　時　　　分　～　　２時間 | |
| 子どもワ｜クショップ | 学　年 | | クラス数 | | 第１希望 | 第２希望 | | 第３希望 |
| 才児 | | クラス | | 月　　日（　）  月　　日（　）  月　　日（　） | 月　　日（　）  月　　日（　）  月　　日（　） | | 月　　日（　）  月　　日（　）  月　　日（　） |
| 才児 | | クラス | | 月　　日（　）  月　　日（　）  月　　日（　） | 月　　日（　）  月　　日（　）  月　　日（　） | | 月　　日（　）  月　　日（　）  月　　日（　） |

ご記入日　　２０　　年　　　　月　　　　日